

Ce document numérique est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur au même titre que sa version papier.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

L'Institut Français d'Hypnose a pris soin de demander son accord à l'auteur avant de diffuser ce document.



Brigitte SAURAT

Infirmière

Equipe mobile de soutien et de soins palliatifs

Diplôme universitaire d'hypnose médicale et clinique

Année 2012-2013

MEMOIRE

**Bénéfice de l'hypnose associée au
Toucher-Massage[®] pour soulager l'anxiété des
patients en soins palliatifs**

Dirigé par

Frédérique MOHY

Praticien Hospitalier Algologue

Sommaire :

1	<u>Introduction</u>	3
2	<u>Revue théorique des travaux et problématique</u>	5
2-1	Revue théorique des travaux.....	5
2-1-1-	Soins palliatifs en équipe mobile de soins palliatifs.....	5
2-1-2-	Anxiété et soins palliatifs.....	6
2-1-3-	Toucher-Massage® et anxiété.....	9
2-1-4-	Hypnose et anxiété	14
2-1-5-	Hypnose et soins palliatifs.....	16
2-2	Problématique	17
3	<u>Méthodologie de la recherche</u>	18
3-1	Description de la population :	18
3-1-1	Personnes en soins palliatifs.....	18
3-1-2	Personnes rencontrées sur le site de l'hôpital où j'exerce.....	18
3-2	Cadre de la rencontre.....	19
3-3	Présentation du patient.....	19
4	<u>Résultats des données cliniques</u>	21
4-1	Déroulé des entretiens.....	21
4-2	Exposé des observations cliniques.....	39
5	<u>Discussion théorico-clinique</u>	41
5-1	Rappel de la problématique.....	41
5-2	Confrontation des observations à la problématique.....	41
5-3	Discussion éthique.....	43
5-4	Apport de cette étude	44
6	<u>Conclusion de l'étude. Avenir</u>	45
7	<u>Bibliographie</u>	47

1-Introduction :

L'intérêt que je porte à l'hypnose vient probablement du fait que depuis plusieurs années, je m'intéresse à des techniques originales pour soulager les patients et depuis 2007 les patients en soins palliatifs. Les traitements médicamenteux classiques ont parfois des effets indésirables et ces techniques peuvent diminuer leur consommation.

Formée d'abord au shiatsu, au massage énergétique thaï puis à la réflexologie plantaire, je suis devenue réflexologue. Ensuite, j'ai diversifié mes pratiques en devenant praticienne en Toucher-Massage®, j'aurais l'occasion plus tard dans ce mémoire de développer ce concept créé par Joël Savatofski.

Au sein de mon hôpital, depuis 2006, une formation à l'hypno analgésie est dispensée par Antoine Bioy et Isabelle Nègre. En discutant avec les personnes qui sont à l'origine de l'introduction de cette formation à l'hôpital, j'ai eu envie d'en savoir un peu plus sur cette pratique, aussi c'est tout naturellement que je me suis inscrite aux deux modules en 2009 puis en 2011.

J'avais besoin de comprendre ce qu'était l'hypnose, ce que j'en connaissais à l'époque était l'hypnose de spectacle avec la peur de faire des choses que je n'avais pas envie de faire, peur de perdre le contrôle sur moi-même et ensuite peut-être faire perdre le contrôle au patient. Mais surtout, je pressentais que cette pratique allait apporter beaucoup de bien-être aux patients en soins palliatifs.

J'ai donc appris les bases de l'hypnose conversationnelle, de l'hypno analgésie, de l'hypno relaxation que j'ai rapidement mise en pratique pour les patients dont j'ai la chance de m'occuper, ces patients atteints de maladie grave non guérissable des différents services de l'hôpital. En effet, je suis infirmière en équipe mobile de soins palliatifs et à ce titre, j'ai la possibilité de rencontrer des personnes atteintes de cancer mais aussi d'insuffisances d'organes telles que respiratoire, cardiaque ou rénale et également des patients atteints de maladies neurodégénératives.

En EMSP, et en général en soins palliatifs il y a plusieurs situations où l'hypnose a son intérêt. Elle peut être utilisée pour des gestes invasifs douloureux comme les gazométries, les ponctions pleurales ou de moelle, mais également pour des soins inconfortables comme les

soins d'escarres ou tout simplement les soins quotidiens tels que les toilettes ou les différentes mobilisations.

Mon expérience de soignante pratiquant l'hypnose m'a permis de constater que la douleur aiguë ainsi que la douleur chronique peuvent être soulagées par cette technique.

Si la douleur est le premier symptôme à soulager en soins palliatifs, il est important de soulager l'anxiété qui peut majorer cette douleur. Un autre symptôme que nous rencontrons souvent chez nos patients en soins palliatifs est également majoré par l'anxiété, il s'agit de la dyspnée. En règle générale, la plupart des symptômes peuvent être modifiés par l'angoisse.

Le Toucher-Massage[®] que je pratique depuis plusieurs années est également par expérience, une technique efficace pour diminuer cette anxiété en procurant un moment de bien-être et de détente aux patients.

Je me suis naturellement demandé si l'hypnose associée au Toucher-Massage[®] apporterait un bénéfice supplémentaire pour la prise en charge de l'anxiété du patient en soins palliatifs.

2- Revue théorique des travaux et problématique :

2-1-Revue théorique des travaux

2-1-1- Soins palliatifs en Equipe mobile de soins palliatifs :

Si nous reprenons la définition des soins palliatifs :

« Les soins palliatifs sont des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave évolutive ou terminale. Leur objectif est de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent aux malades en tant que personne, à sa famille et à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants font partie de cette démarche. Les soins palliatifs et l'accompagnement considèrent le malade comme un être vivant et la mort comme un processus naturel. Ceux qui les dispensent cherchent à éviter les investigations et les traitements déraisonnables. Ils se refusent à provoquer intentionnellement la mort. Ils s'efforcent de préserver la meilleure qualité de vie possible jusqu'au décès et proposent un soutien aux proches en deuil. Ils s'emploient par leur pratique clinique, leur enseignement et leurs travaux de recherche à ce que les principes puissent être appliqués. »

Les soins palliatifs en équipe mobile ont ceci de particulier que l'équipe ne prend pas en charge les patients tout au long de leur hospitalisation. Ce sont les membres de l'équipe médicale (médecin, infirmière, cadre de santé, ou autre) qui nous interpellent pour les aider dans la prise en charge qui peut leur poser problème ponctuellement. Le plus souvent, cette équipe nous appelle pour soulager un symptôme qui peut être la douleur, la dyspnée, les nausées, les vomissements, la confusion, l'anxiété mais nous pouvons intervenir aussi pour des prises de décision difficile comme la mise en place d'une gastrostomie pour l'alimentation.

Nous travaillons en collaboration avec les différents membres de l'équipe soignante chargée du patient à laquelle nous faisons des propositions thérapeutiques qui nous semblent être les plus favorables pour le patient, qu'elle choisit ou non de mettre en place.

L'anxiété fait partie des différents symptômes que nous rencontrons souvent dans cette période difficile de la fin de vie proche. Elle est source d'inconfort en elle-même, mais aussi parce qu'elle vient majorer la perception d'autres symptômes, comme la douleur, par exemple. On peut la percevoir chez la personne malade en soins palliatifs mais aussi dans son entourage.

Nos propositions thérapeutiques peuvent être médicamenteuses ou non médicamenteuses. Pour soulager ces symptômes, nous pouvons proposer le Toucher-Massage® ou l'hypnose. Ces deux approches sont parfaitement adaptées, elles ont fait la preuve de leur efficacité intégrées dans la prise en charge globale proposée en soins palliatifs. Elles peuvent soulager la souffrance physique mais également morale, ainsi elles contribuent à conserver la meilleure qualité de vie possible.

2-1-2- Anxiété et soins palliatifs :

Selon le petit Larousse, l'anxiété se définit de cette manière :

« Grande inquiétude, angoisse. Etat de désarroi psychique ressenti en face d'un danger indéterminé et imminent, s'accompagnant d'un sentiment d'insécurité ».

Et l'angoisse comme telle : « Etat de désarroi psychique, d'inquiétude profonde qui s'accompagne de manifestations psychomotrices et végétatives (tachycardie, dyspnée, tremblements, sueur, agitation). Chez les philosophes existentialistes : expérience métaphysique par laquelle l'homme prend conscience de l'être. »

Nous remarquons que les deux définitions sont proches, l'angoisse s'accompagnant en outre de manifestations physiques désagréables. Ces deux états se rencontrent chez les patients en soins palliatifs, et parfois chez le même patient à des moments différents. On observe aussi que certains patients sont plus enclins à développer des manifestations somatiques lorsqu'ils sont anxieux.

2-1-2-a- Quelles sont les causes de l'anxiété chez une personne atteinte d'une maladie non guérissable ou létale ?

En soins palliatifs, nous pourrions penser que l'anxiété est générée par l'approche de la mort mais avant cette cause fondamentale, existentielle, le patient a de multiples raisons d'être anxieux :

- Avant l'annonce de la maladie : l'attente du diagnostic. L'incertitude de la gravité de la maladie angoisse le malade.

- Au moment des examens complémentaires : au cours de la maladie, le patient est amené à subir multiples examens qu'il ne connaît pas. Cet inconnu du déroulement de l'examen peut favoriser de l'angoisse ou de l'anxiété.

- La veille d'une intervention chirurgicale : assez souvent dans la prise en charge de la maladie, il est proposé au patient comme premier traitement une opération pour enlever la tumeur ou pour mettre en place un dispositif afin de faciliter les perfusions (PAC= Port à Cath). Le patient s'inquiète de l'anesthésie, du déroulement de l'intervention et comment il va être après (mutilation ou pas).

- Le début du traitement par chimiothérapie ou radiothérapie ou autre. Bien que parfois les patients aient déjà entendu ces mots dans leur entourage, ils ne savent pas bien ce que cela signifie. Ils ont beaucoup de questions sur le déroulement de ces traitements, qu'ils n'osent pas poser au médecin. L'infirmière joue alors pleinement son rôle propre en expliquant le déroulement de la chimiothérapie et de la radiothérapie.

- Les effets indésirables des traitements :

- . La peur de perdre ses cheveux
- . La peur de vomir, d'être encore plus malade
- . La peur d'être fatigué
- . Les autres effets indésirables des médicaments

Sont autant de raisons qui peuvent angoisser le patient atteint d'une maladie grave et non guérissable.

- Les différentes pertes qui se succèdent sont sources de diminution de l'autonomie :

- . Ne plus pouvoir sortir de chez soi
- . Ne plus pouvoir marcher

. Ne plus pouvoir manger avec la crainte d'avoir « un tuyau pour manger » :
une sonde nasogastrique ou une gastrostomie

. Ne plus pouvoir faire seul les actes de la vie quotidienne (faire sa toilette,
uriner, aller à la selle)

. Ne plus pouvoir écrire, lire

. Devenir dépendant d'autres personnes ou parfois même être dépendant
d'une machine. Par exemple pour respirer : trachéotomie, respirateur, ventilation non
invasive (VNI).

Sont autant de facteurs qui génèrent de l'anxiété et de l'angoisse.

- La peur d'avoir mal ou la douleur elle-même

- La proximité dans le temps d'un soin douloureux : soins d'escarres, pansement
complexe, parfois même la toilette avec les mobilisations.

- La peur de mourir étouffé pour les pathologies touchant les voies respiratoires
(cancers ORL), les poumons (BPCO, cancer du poumon ou métastase pulmonaire)

- L'angoisse de la nuit, avec la peur de s'endormir et ne pas se réveiller

- Les représentations de la mort, et l'angoisse de mort. La mort est un évènement
singulier tout à fait personnel. La personne est seule au moment de mourir même si elle est
entourée de ses proches, ils ne l'accompagneront pas dans la mort.

- La peur de mourir seul sans son entourage proche

- L'idée de quitter des êtres chers qui ont encore besoin de lui (femme, mari, enfants)

- L'idée de rendre triste ses proches par sa disparition

- L'anxiété des proches ou des soignants perçue ou ressentie par le patient peut aussi
majorer la sienne.

2-1-2-b- Les manifestations somatiques de l'anxiété et de l'angoisse :

- Respiratoires : sensation de constriction, d'oppression thoracique, dyspnée.

Sensation de « boule » à la gorge ou à l'estomac

- Cardiovasculaires : palpitations, tachycardie, douleurs thoraciques atypiques

- Neuromusculaires : crispation, crampes, tremblements, agitation motrice,
acouphènes, vertiges.

- Digestives : inappétence, nausée, spasmes coliques
- Neurovégétatives : sueurs, sècheresse buccale
- Douleur : majoration d'une plainte douloureuse (intensité, qualité....)
- Insomnie

L'anxiété peut donc majorer tous les symptômes que l'on peut observer chez les patients qui sont en soins palliatifs et ainsi diminuer la qualité de cette vie qui se termine.

2-1-3- Toucher-Massage® et anxiété :

2-1-3-a-Toucher-Massage® :

C'est Joël Savatofski qui a créé ce concept depuis maintenant presque 30 ans et qui l'enseigne dans toute la France auprès de spécialistes du bien-être mais également auprès des soignants des hôpitaux ou des cliniques. Il ne s'agit pas d'un massage thérapeutique que seuls les kinésithérapeutes sont habilités à pratiquer.

Joël Savatofski a mis au point diverses techniques de massage à la portée de tous et bien sûr des soignants. Ces techniques sont faciles et rapides à mettre en œuvre, elles ont pour objectif d'apporter détente et bien-être immédiats (massage minute).

Joël Savatofski dit : « Le massage est avant tout intuition, attention, communication ».

On ne peut pas parler de Toucher-Massage® sans parler du toucher et du toucher dans les soins.

Le toucher est un des cinq sens, celui de la sensibilité cutanée. Ce sens est le premier à apparaître au cours du deuxième mois de gestation et le dernier à disparaître.

Ce sens met en jeu deux groupes de récepteurs :

- les corpuscules de la peau qui en fonction de leur différenciation et leur spécialisation réagissent au contact, à la pression, au froid, au chaud, à la douleur.

- les terminaisons nerveuses musculaires qui sont excitées par l'état de tension du muscle.

La peau est un organe sensoriel qui recouvre l'ensemble du corps, par sa sensibilité, elle nous protège contre les agressions éventuelles de l'extérieur.

Didier Anzieu a introduit, il y a quelques années la notion de « moi-peau ». Il souligne que cette enveloppe corporelle contient des organes, délimite le corps (dedans, dehors), protège des agressions (mécaniques, thermiques, virales...) et met au contact le sujet et son environnement.

Par ce « moi-peau », Didier Anzieu explique que les communications primaires tactiles vont former le socle sur lequel viendront s'étayer le « moi » et les fonctions physiques secondaires.

Tous les soignants sont amenés à toucher le corps des patients, que ce soit pour la toilette, une prise de sang, une pose de perfusion ou simplement un changement de position pour les préventions d'escarres. Tous ces gestes motivés par les soins parfois intrusifs, devraient être faits avec la plus grande délicatesse et le plus grand respect car, au delà du soin, ils sont l'occasion d'un contact, d'une rencontre entre deux personnes avec chacune leur ressenti. Le toucher est un élément de la communication non verbale dont nous n'avons pas toujours conscience. La manière dont le patient est touché reflète l'humeur du soignant et cela influera sur l'attitude et la perception du patient.

Les gestes saccadés, brusques, mécaniques bien qu'ils soient souvent involontaires peuvent témoigner d'une lassitude, d'un désintérêt pour la personne soignée, l'envie de terminer rapidement sa journée et contribuer ainsi à une déshumanisation des soins.

Au contraire, les gestes lents, harmonieux, doux et délicats montrent toute l'attention portée au patient qui est alors considéré comme une personne et non pas comme une maladie ou pire comme une « chose » dont on doit s'occuper. Ne parle-t-on pas parfois « d'objet de soins ».

Marie de Hennezel en témoigne ainsi dans son introduction au 3^e congrès de Toucher-Massage : « On vous traite comme une chose, comme un corps à réparer ou comme un corps qui est bon pour la casse ». Elle exprime ainsi le sentiment que peut avoir une personne de perdre sa dignité.

Elle rappelle également l'importance du toucher et que notre peau a gardé la mémoire du plaisir que nous avons eu à être touchés par nos mères dans notre petite enfance. En fin de

vie, l'attention portée à ce corps qui se dégrade rappelle ce plaisir oublié mais enfouie dans notre mémoire.

Ces contacts physiques, motivés par les soins peuvent être mis à profit pour développer une meilleure alliance thérapeutique avec le patient. La personne touchée avec attention pourra se sentir touchée au delà de sa peau, dans son être. Elle se sentira mieux considérée et ainsi acceptera plus facilement les soins.

Le Toucher-Massage® ne s'impose pas, il se propose. Le Toucher-Massage® est plutôt une manière d'être et de faire, une façon d'accompagner le soin dans le but de rassurer, calmer, relaxer, détendre. Contrairement aux gestes imposés par les soins, il n'a pas d'autre objectif, on peut dire qu'il est « gratuit » et gratifiant.

C'est un autre moyen de communiquer, assez souvent les personnes qui se laissent « toucher » se mettent à parler, parler parfois de choses qu'elles n'avaient pas encore évoquées avec leur famille ou avec les soignants. Ce sont des moments de confiance et de complicité « soignant-soigné » inoubliables et il n'est pas rare qu'après un Toucher-Massage® le patient retrouve le sourire.

En effet, le Toucher-Massage® détend, peut calmer les douleurs, restaurer le sommeil, améliorer la circulation et surtout diminuer favorablement l'anxiété. Le patient qui reçoit un Toucher-Massage® se sent moins seul, il se sent revalorisé malgré son corps qui se dégrade, ressent du plaisir. Il a la sensation d'exister, d'être mieux.

C'est une technique qui ne demande pas de connaissances anatomiques particulières, il suffit au soignant de se former et de vouloir porter une attention bienveillante à la personne dont il a la charge.

Une étude a évalué l'impact du Toucher dans les soins infirmiers dans différentes situations comme la toilette, le sommeil, les examens invasifs, les pansements, le lever, les prises de sang, la pose de voie veineuse, et sur le mieux-être. Le personnel ayant participé à cette étude a été formé de manière spécifique au toucher dans les soins.

Sur le tableau ci-dessous concernant l'anxiété par situation de soins, nous pouvons voir que l'impact le plus important sur ce symptôme a été constaté lors de la réalisation de gestes ou d'examens invasifs et pour la recherche de mieux-être. Pour les autres items, il y a tout de même une diminution de ce symptôme.

ÉVALUATION DE L'IMPACT DU TOUCHER DANS LES SOINS INFIRMIERS – RÉSULTATS STATISTIQUES D'UNE ÉTUDE MULTICENTRIQUE, PROSPECTIVE ET RANDOMISÉE.

impact du toucher sur l'anxiété par situation de soin

SOIN	N	Sans Toucher	Avec Toucher	Différence	Test Student
Toilette	115	68,0	71,6	+3,6	0,34
Sommeil	99	65,3	70,0	+4,7	0,25
Examen invasif	105	65,3	80,0	+14,7	<0,0001
Pansement	101	70,0	81,3	+11,3	0,004
Mieux être	111	62,0	76,2	+14,2	0,0004
Lever	117	73,0	77,0	+4,0	0,20
Prise de sang	114	69,8	77,7	+7,9	0,018
Pose de voie veineuse	115	71,9	74,9	+3,0	0,32

2-1-3-b- Le Toucher –Massage® : quelles parties du corps pour soulager l'anxiété ?

Le Toucher-Massage® peut concerner toutes les parties du corps, de la tête aux pieds en passant par les bras, les jambes, le dos, le ventre.

Pour ma pratique du Toucher-Massage® associé à l'hypnose, je privilégie le Toucher-Massage® des pieds, parfois celui de la tête et du visage.

Ces personnes sont très souvent fatiguées, alitées depuis longtemps. Le retour veineux n'est plus stimulé par la marche et nous pouvons parfois constater, par stase veineuse, un œdème de la cheville.

Le Toucher-Massage® des pieds a l'avantage de redonner à la personne au lit en permanence, la sensation du contact avec le sol car elle ne pose que rarement les pieds par terre. Il lui permet de reprendre conscience de l'existence de ses pieds et ainsi participe à la reconstruction de son schéma corporel et de ses limites.

De plus, au niveau de la plante des pieds se trouvent des zones réflexes qui, une fois harmonisées et stimulées par la pression, agissent sur tout l'organisme. C'est le principe de la réflexologie plantaire, technique d'origine chinoise, qui a établi sur la plante du pied une

cartographie des organes. Le Toucher-Massage® des pieds apporte un état de relaxation, de bien-être, de détente en agissant également au niveau de ces zones réflexes.

Pour la séance ce Toucher-Massage® des pieds, le patient en soins palliatif est le plus souvent allongé dans son lit, le fond du lit est retiré pour permettre un meilleur accès aux pieds. Il arrive parfois que le patient préfère être assis dans son fauteuil quand il est très gêné pour respirer. L'installation est un peu différente, les pieds sont alors positionnés sur une chaise avec un coussin.

Le soignant s'assoit confortablement au pied du lit, en ayant soin que les pieds du patient soient à la bonne hauteur pour ne pas créer de tensions au niveau du dos. Il est très important que le patient et le soignant soient bien installés.

De la crème ou de l'huile peuvent être utilisés, c'est plus agréable pour le patient mais ce n'est pas nécessaire. Il est préférable d'utiliser de la crème si le Toucher-Massage® n'est pas un massage « minute » mais peut durer environ 20 minutes soit 10 minutes par pied.

Voilà quelques manœuvres de Toucher-Massage® des pieds :



Modelage de l'avant du pied



Brossage de la voute
plantaire



Modelage complet du pied



Modelage détaillé avec les
pouces

Le Toucher-Massage des pieds ou d'une autre partie du corps permet en soins palliatifs d'améliorer la qualité de cette vie qui se termine.

Dans mon expérience, le patient refuse rarement la proposition du Toucher-Massage® comme moyen non médicamenteux du soulagement de l'anxiété, et ce, d'autant plus qu'il a déjà bénéficié d'une séance auparavant. C'est toujours avec le sourire que le patient en reçoit une nouvelle proposition tant il apporte de réconfort, de détente et de bien-être.

2-1-4-Hypnose et anxiété :

L'anxiété est une réaction naturelle face à une situation de stress.

Une anxiété modérée est salutaire, elle sert à nous mettre en garde lorsque le danger survient. Le moment où il faut y prêter attention c'est quand elle devient excessive ou permanente et surtout qu'elle devient un facteur d'inconfort pour le patient. Dans ce cas, un traitement doit être proposé.

On peut avoir recours à la prescription de médicaments mais parfois, ils ne se révèlent pas être la meilleure solution, d'autant qu'il y a toujours des effets indésirables.

Mais d'autres solutions, non médicamenteuses peuvent être proposées, seules ou en association avec le traitement médicamenteux. Pratiquer une respiration profonde, telle qu'on l'enseigne en relaxation est un moyen simple, mais peut se révéler efficace dans ces situations de stress ou d'anxiété. Ce travail sur la respiration peut se faire seul ou aidé par un praticien en relaxation.

Et puis depuis longtemps, il y a l'hypnose. L'hypnose n'est pas un don ni une technique spectaculaire, encore moins de la magie. L'hypnose induit un état modifié de conscience. L'état de transe hypnotique se caractérise par des changements perceptibles au niveau physique un ralentissement des rythmes cardiaque et respiratoire, et souvent un sentiment de paix et de détente.

Cette pratique est particulièrement efficace dans la prise en charge des troubles anxieux. Elle repose sur la relaxation, sur la possibilité pour un patient de focaliser son attention sur un lieu sûr et sur des suggestions.

Dans cet état de conscience modifiée, les sens restent en éveil, mais l'imaginaire prend le dessus. Le patient apprend à fixer son attention sur une sensation, une image ou un lieu précis qui l'empêchent de penser à tout ce qui pourrait l'angoisser.

Malgré son mal-être initial, le patient peut se détendre et vivre une expérience de relâchement, de bien-être dans son corps en toute sécurité.

L'hypnose permet de faire vivre au patient une expérience immédiate de bien-être et de sérénité dans l'ici et maintenant. Ce vécu sensoriel différent peut faire envisager l'éventualité d'un changement intérieur.

En effet, l'hypnose peut modifier la façon de penser et de réagir du patient à des situations et à des événements affectant sa vie.

La séance d'hypnose quel que soit son objectif, comporte quatre phases :

L'induction hypnotique : il s'agit là le plus souvent de focaliser l'attention du patient sur autre chose que son symptôme. Son attention peut se fixer sur des sons, une image, une sensation, un souvenir. Le patient se recentre sur lui, il oublie les autres perceptions. Cet état le conduit vers le deuxième stade.

La dissociation : elle se manifeste quand le patient perd la perception de ce qui l'entoure et se retrouve dans son monde, il est à la fois là et ailleurs. Il entre dans la troisième phase :

La perceptude, décrite par François Roustang: C'est un état d'ouverture à soi, aux sensations, à l'expérience et au monde environnant. C'est dans cette phase que des suggestions peuvent favoriser des changements, que le patient peut porter un regard différent sur son problème.

Le retour : cette phase permet au patient de retrouver des sensations ordinaires telles qu'il les avait au début de la séance avec peut-être déjà un début de changement.

Utiliser l'hypnose c'est amener le patient à expérimenter une manière différente d'envisager son problème, et lui permettre de prendre conscience de ses capacités à trouver des solutions, de ses propres ressources.

2-1-5- Hypnose et soins palliatifs :

A. Bioy dans son livre « l'aide-mémoire d'hypnose » définit l'hypnose de cette manière : « Etat de fonctionnement psychologique par lequel un sujet, en relation avec un praticien, expérimente un champ de conscience élargi ».

Ce praticien est un soignant, infirmier, médecin, psychologue, psychomotricien ou autre, formé à l'hypnose.

L'hypnose est de plus en plus connue, elle prend de plus en plus de place dans les soins, il y a de plus en plus de soignants formés à l'hypnose et sa place dans la prise en charge des patients en soins palliatifs paraît de plus en plus évidente. En effet, en soins palliatifs la parole du patient, son autonomie, ses désirs sont pris en compte.

L'hypnose permet au patient de trouver ses ressources en lui-même et ainsi d'avoir un certain contrôle sur ses conditions de vie. En soins palliatifs, le patient a parfois l'impression de ne rien contrôler : les traitements imposés, les obligations de la maladie, l'échappement du corps,...

Dans les situations de soins palliatifs, c'est-à-dire quand il n'y plus de traitement curatif, les patients sont souvent sidérés par cette annonce. Parfois, il leur est même dit : « il n'y a plus rien à faire, je ne peux plus rien pour vous ». Cette phrase génère beaucoup de questions, beaucoup d'anxiété et d'angoisse, cette angoisse de la mort qui se profile.

En soins palliatifs, l'hypnose peut aider le patient à faire justement autre chose qu'attendre cette mort. En agissant sur le sentiment de contrôle, sur l'estime de soi, sur la diminution de l'anxiété et de la douleur, l'hypnose peut permettre au patient de se sentir à nouveau maître de son devenir, dans la situation qu'il vit et ainsi vivre sa fin de vie d'une manière plus sereine.

Il ne s'agit pas de faire uniquement de la distraction, de faire aller le patient dans un lieu sécurisant, il est important d'amorcer un changement dans sa perception de sa situation. Pour cela, l'utilisation des métaphores est intéressante.

Le petit Larousse définit la métaphore de la façon suivante :

« Procédé par lequel, on transporte la signification propre d'un mot à une autre signification qui ne lui convient qu'en vertu d'une comparaison sous-entendue »

La métaphore hypnotique utilise le ressenti et le vécu du patient mais de manière détournée. Il s'agit de construire une histoire mettant en jeu le symptôme ou la difficulté du patient sans les nommer en utilisant des personnages ou des situations, ou autres, implicitement symboliques ou représentatives.

Afin d'initier un changement dans son comportement, le soignant aura choisi la métaphore en fonction de ce qu'il connaît du patient. Pour connaître un peu de l'intimité du patient, il faudra que le patient soit en confiance avec le soignant pour collaborer. L'alliance thérapeutique prend là toute sa dimension et son importance.

2-2- Problématique :

Au cours de notre pratique professionnelle du Toucher-Massage[®], nous avons remarqué que cette technique soulage l'anxiété en induisant une détente et un bien-être important dans l'ici et maintenant. Même un massage de 10 minutes pour une personne en fin de vie est important car ces personnes n'ont pas la même temporalité, le temps peut leur paraître « dilaté ».

Nous avons également constaté que l'hypnose peut à la fois procurer un sentiment de bien-être et restaurer une certaine sérénité, en rendant possible un changement intérieur susceptible de diminuer l'anxiété ressentie.

Nous formulons l'hypothèse que l'association du Toucher- Massage[®] et de l'hypnose permettrait un meilleur soulagement de l'anxiété que ces deux pratiques utilisées séparément, chez des patients en soins palliatifs.

Pour se faire nous étudierons ce qu'apporte dans mon expérience déjà ancienne du Toucher- Massage[®], la pratique nouvelle de l'hypnose pour soulager l'anxiété du patient en soins palliatifs.

3-Méthodologie de la recherche :

2-2- Description de la population :

3-1-1- Personnes en soins palliatifs :

Il s'agit de patients hommes ou femmes atteints d'une maladie grave et non guérissable. Dans ma pratique d'infirmière en équipe mobile de soins palliatifs, je suis amenée à rencontrer des personnes de tous âges. En effet, la maladie grave peut également toucher les enfants. Pour ces enfants en soins palliatifs, l'hypnose et le Toucher-Massage® associés ont un intérêt dans le soulagement de la douleur comme le dit A. Bioy dans un article de « soins pédiatriques » et il m'arrive de les pratiquer et d'en voir les effets sur les enfants. Aujourd'hui, nous nous intéresserons plus particulièrement aux adultes en soins palliatifs.

3-1-2- Personnes rencontrées sur le site de l'hôpital où j'exerce :

Notre équipe mobile de soins palliatifs a la particularité de s'occuper des patients hospitalisés dans n'importe lequel des services de l'hôpital mais notre présence est plus importante dans les services où de fait il y a plus de maladies non guérissables. Notre équipe est plus souvent interpellée dans les services de Pneumologie et d'Hématologie mais aussi en Médecine Polyvalente qui accueille des patients de toutes pathologies. Il n'y a pas de service identifié « soins palliatifs ». Nous rencontrons aussi des patients dans les services d'hospitalisation de jour.

Ces patients quand ils sortent de l'hôpital ont la possibilité de nous contacter et de venir en consultation externe nous rencontrer.

Nous avons depuis deux ans, eu l'accord pour pouvoir aller au domicile de ces patients quand ceux-ci ne sont pas déplaçables car ils sont trop fatigués. Cette visite au domicile se fait toujours à la demande des acteurs du domicile et en leur présence s'ils le souhaitent.

Ensuite, nous faisons toujours le lien avec eux.

Le plus souvent, ces patients ne connaissent ni le Toucher-Massage® ni l'hypnose mais ils sont prêts à essayer tellement ils sont submergés par leurs symptômes après avoir changé plusieurs fois de traitements. Il faut rappeler que ces deux techniques ne remplacent pas les médicaments mais viennent en complément pour soulager la douleur, l'anxiété ou toute autre difficulté.

2-3- Cadre de la rencontre :

La personne prend contact avec notre équipe pour un symptôme difficile à gérer, si elle vient du domicile. Elle peut venir de son propre chef ou elle peut être envoyée par son médecin traitant pour le cas des consultations externes.

Quand la personne est hospitalisée, c'est l'équipe médicale qui nous appelle pour les aider dans la prise en charge d'une situation difficile. Le symptôme pour lequel nous sommes le plus souvent interpellés est la douleur bien sûr mais l'équipe mobile de soins palliatifs peut aider les soignants dans la prise en charge d'autres symptômes comme l'anxiété, l'angoisse, la dyspnée, les vomissements, ...

Dans les deux cas, nos patients ont rarement entendu parler de Toucher-Massage et d'Hypnose mais souvent quand la douleur ou l'anxiété ont pris trop de place dans leur vie ils veulent bien tenter. Ces deux techniques leur sont proposées, l'une ou l'autre ou les deux et leur réponse est souvent : « oui, pourquoi pas, au point où j'en suis, je veux bien tout essayer ! » Parfois réticents, ils acceptent comme si c'était une dernière chance de soulager leur symptôme mais surpris par leur efficacité, ils demandent souvent à revivre l'expérience.

2-4- Présentation du patient :

Nous faisons la connaissance de M. Jacques en aout 2011. Agé de 71 ans, il vivait à Madagascar depuis 12 ans, après avoir travaillé en Afrique où il a été directeur de société. Il est marié, sa femme n'a pas travaillé ou peu. Ils ont un fils unique qui vit à Portland aux Etats-Unis, il n'est pas présent physiquement pour eux. De Madagascar, ils parlent peu. Nous savons seulement qu'ils sont partis de Madagascar car Mme a des problèmes de santé,

elle a une pathologie cardiaque et elle est malvoyante, elle marche avec une canne blanche. Ils sont venus à la Réunion pour soigner sa femme.

A la réunion depuis un mois, M. Jacques D. consulte pour des douleurs diffuses, une toux associée et une perte de poids de 12 kilos. Il vient aux urgences de l'hôpital pour vomissements et anorexie. Un scanner réalisé montre une masse pulmonaire.

Les examens complémentaires réalisés (bilan sanguins, fibroscopie bronchique, pet scan) retrouvent un carcinome épidermoïde avec une hypercalcémie maligne.

La tumeur n'est pas opérable, en réunion de concertation pluridisciplinaire il est préconisé un traitement de radiothérapie et chimiothérapie en deux temps qui se fera dans une clinique de St- Denis.

Nous n'avons plus de ses nouvelles jusqu'en juillet 2012 où il est à nouveau hospitalisé pour douleur et vomissement. Le médecin de l'équipe qui l'a rencontré note déjà une « angoisse probable non exprimée ». La douleur est soulagée, il sort du service.

Il revient un mois plus tard, toujours pour douleur cette fois au niveau de l'épaule droite. Un nouveau traitement est mis en place, au bout de quelques jours, il sort du service.

A partir de ce moment là, la prise en charge se fera en consultation externe, M. Jacques ne souhaitant pas être hospitalisé.

Sa femme est très présente à toutes les hospitalisations et à toutes les consultations. M. et Mme se connaissent depuis l'école, ils ont toujours tout fait ensemble et ils continuent.

M. Jacques a eu des complications dues à la chambre implantable. Elle doit être retirée, Mme est inquiète, elle appelle très souvent notre équipe.

La douleur de M. Jacques est le principal motif de consultation avec l'anorexie. Les traitements sont fréquemment réévalués et modifiés, une consultation avec le diététicien a eu lieu à l'un des rendez-vous.

4- Résultats des données cliniques :

4-1- Déroulé des entretiens :

Le 15 mars 2013, M. Jacques demande un rendez-vous de consultation à nouveau pour une douleur importante de l'épaule droite. Il vient avec sa femme qui l'accompagne toujours dans ses déplacements à l'hôpital. Nous les recevons tous les deux dans le bureau du médecin de l'équipe. Mme D. exprime son désarroi face à cette douleur qui revient tout le temps.

M. Jacques ne tient pas en place, il est agacé par ce que dit sa femme tellement sa douleur de l'épaule est forte et devient insupportable. Son mal-être est manifestement visible. Le médecin lui propose d'être hospitalisé pour mieux appréhender cette douleur.

Rapidement, le médecin et moi-même sentons qu'une importante angoisse majore sa douleur. Sa femme étant très présente pendant l'entretien, difficile de savoir vraiment ce qui se passe pour M. Jacques.

Nous proposons donc à M. Jacques une expérience nouvelle pour soulager la douleur : l'hypnose.

M. Jacques accepte sans hésiter, il connaît un peu l'hypnose, il a vu un reportage à la télévision justement sur le soulagement de la douleur et sa femme nous confie que leur fils aurait un diplôme d'hypnose.

Nous laissons Mme D. avec le médecin et M. Jacques et moi-même, allons dans une pièce à proximité. M. Jacques s'allonge sur la table d'examen, la salle est calme, dans la demi-obscurité. Il s'installe le plus confortablement possible dans cette pièce, avec les bruits autour, dans cette position allongée. Il me demande s'il peut parler je lui confirme qu'il peut le faire s'il en ressent le besoin.

Je lui demande de décrire sa douleur, il n'y arrive pas, il me dit que ça fait mal dans l'épaule, que c'est insupportable. Je lui demande alors de donner une couleur à cette douleur, il la décrit rouge. Nous commençons à chercher à transformer cette couleur et avant même d'avoir trouvé un moyen de la changer, très rapidement elle devient grise, gris clair. Ensuite, la douleur se déplace, elle remonte dans le cou puis redescend.

Les signes de la transe hypnotique sont là, sa respiration est plus calme, il est posé, ses yeux sont fermés, il se laisse aller. Il constate une diminution de la douleur même si elle n'est pas complètement disparue, elle est acceptable. Il convient que depuis quelques semaines, il a un fond douloureux qui ne l'empêche pas d'aller prendre son café à « la Cardinale » et de promener son chien. La douleur est revenue à son état de base.

Je lui propose d'aller dans un lieu imaginaire, ou pas, qui lui ferait du bien, il accepte et continue sa transe. Je lui propose de garder cette expérience dans un coin de sa mémoire et de la réutiliser quand il en aura besoin.

Au sortir de la transe, M. Jacques s'assoit sur le bord de la table d'examen et se met à parler de sa vie, de sa femme qu'il ne veut pas quitter car elle a besoin de lui, ils ont toujours tout fait ensemble. A la Réunion, ils sont seuls, arrivés de Madagascar récemment, leur fils unique vit aux Etats-Unis et ne vient pas souvent. Mme D. a des problèmes de santé, elle est malvoyante aussi il ne peut pas accepter l'hospitalisation proposée plus tôt par le médecin pour régler son problème de douleur.

Nous revenons dans le bureau du médecin qui est toujours avec sa femme. Nous apprenons que l'hospitalisation dans le service de Pneumologie ne sera pas possible faute de place en chambre seule (condition demandée par le couple), la surveillante du service les rappellera quand il y aura de la place.

La douleur et l'anxiété de M. Jacques sont maintenant apaisées, il ne ressent pas le besoin d'être hospitalisé, d'autant que le traitement antalgique a été revu.

Quand deux jours plus tard une chambre se libère, la cadre du service les appelle et leur propose l'hospitalisation. Monsieur et madame répondent que M. Jacques va beaucoup mieux et qu'il reste chez lui.

Nous n'aurons pas de nouvelles jusqu'à son hospitalisation fin avril 2013 pour altération de l'état général et toujours cette douleur de son épaule droite. Mme D. est toujours très présente, elle est inquiète et angoissée, elle transmet son angoisse à son mari qui lui, s'inquiète de la voir dans cet état.

En équipe mobile de soins palliatifs, il y a plusieurs intervenants : médecins, infirmières et une psychologue.

Je voudrai souligner là l'importance du travail en équipe et des transmissions. En effet, notre psychologue a revu M. Jacques et elle nous transmet qu'il est angoissé à l'idée de laisser sa

femme. Il ne veut pas qu'elle reste seule, il a peur qu'elle ne sache pas se débrouiller sans lui, il pense que leur fils ne pourra pas la prendre en charge. Ces réflexions sont également notées par les infirmières et les aides-soignantes du service.

Après avoir échangé en équipe, nous orientons notre attitude vers la proposition de Toucher-Massage® et séance d'hypnose.

M. Jacques D. accepte et le 3 mai, nous faisons un Toucher-Massage® avec une séance d'hypnose intégrant la problématique liée à sa femme. Je demande alors à M. Jacques s'il veut bien que j'enregistre et il me donne son accord.

Au début de l'entretien, il m'évoque la sensation d'avoir une boule dans la gorge qui le gêne pour avaler.

Séance du 3 mai, enregistrée et retranscrite :

M. Jacques : J'espère que personne que viendra nous déranger.

Nous : J'ai mis un petit panneau sur la porte qui dit séance d'hypnose ne pas déranger.

Voilà. C'est pour ça que j'ai laissé fermé,... pas complètement la porte mais un tout petit peu.

J'ai pu voir tous ces jours que vous aviez des douleurs mais probablement majorées par..., par un petit peu d'anxiété ou d'angoisse. Donc, C'est pour ça qu'aujourd'hui je vous propose une séance d'hypnose qu'on a déjà pratiqué ensemble l'hypnose pour la douleur et en même temps une séance de toucher massage.

Je commence le toucher massage des pieds, je suis au pied du lit. J'utilise de la crème hydratante.

Nous : Voilà. Je vais vous demander de vous concentrer d'écouter ma voix qui va vous accompagner.

M. Jacques : Je peux parler en même temps ?

Nous : Bien sur vous pouvez parler en même temps

M. Jacques : Merci

Nous : Bien sur, voilà très bien. Vous pouvez aussi fermer les yeux. Très bien c'est ce que vous avez fait.

M. Jacques : On sent

Nous : Et puis

M. Jacques : On sent comme une onde

Nous : Pendant que ...

M. Jacques : Voyez

Nous : Vos pieds se détendent

M. Jacques : Une petite onde bienfaitrice voyez

Nous : Plus vos pieds se détendent et plus cette onde

M. Jacques : Une petite rivière qui coule

Nous : Cette rivière qui coule

M. Jacques : Une petite rivière qui coule

Nous : Et qui vous gagne

M. Jacques : Ca fait du bien

Nous : Ça fait du bien, voilà. Et en même temps que vos pieds se détendent, vous pouvez

M. Jacques : Je n'entends pas ce que vous dites

Nous : Je vais parler plus fort. Et en même temps que vos pieds se détendent

M. Jacques : Oui

Nous : Vous pouvez fermer les yeux

M. Jacques : Oui

Nous : Et écouter ma voix

M. Jacques : C'est ce que je fais

Nous: Voilà... Et on ne sait pas si vous allez rentrer en hypnose avec les yeux ouverts ou les yeux fermés.... Voilà très bien, vous avez fermé les yeux... et vous pouvez entendre les bruits qui sont au loin... ou les bruits plus proches.

M. Jacques : Parfait

Nous : Tout cela pendant que vos pieds se détendent.

M. Jacques : Je sens un bien-être magnifique

Nous : Parfait

M. Jacques : Tout ça enfin

Nous : Et pendant que vos pieds se détendent

M. Jacques : Ah, Ça détend,

Nous : Ca remonte jusqu'à votre esprit

M. Jacques : On dirait une reconstruction ah

Nous : D'accord, très bien.... Laissez-vous aller tranquillement

M. Jacques : Non mais je suis bien

Nous : Profitez de ce moment

M. Jacques : Je suis bien, je me sens paresseux

Nous : Parfait

M. Jacques : Ouais

Nous : Parfait

M. Jacques : Je me sens paresseux

Nous : Et pendant que vous êtes bien

M. Jacques : Je me sens bien

Nous : Détendu

M. Jacques : Oui

Nous : J'ai envie de vous raconter une histoire

M. Jacques : Ah je oh oui

Nous : Très bien parfait

M. Jacques : MMM oui

Nous : C'est l'histoire d'un petit chien, d'un petit chien qui avait l'habitude de vivre avec ses maitres et ses maitres étaient très gentils avec lui, ils s'occupaient de lui. Et puis un jour ce petit chien, il a décidé de partir, de sortir tout seul. Et puis quand il est revenu parce qu'il est revenu à la maison. Ses maitres étaient partis le chercher mais ce chien il avait pris l'habitude de faire des choses avec ses maitres comme d'aller se promener avec eux ou alors jouer avec eux ils faisaient beaucoup de choses ensemble surtout avec ... avec son maitre

M. Jacques : Le petit chien

Nous : Le petit chien

M. Jacques : Attend son maitre

Nous : Voilà, il attend son maitre sur le pas de la porte puisque son maitre, son maitre est parti le chercher et puis comme s'il l'avait toujours su,

M. Jacques : Mais le maitre n'est pas là

Nous : Non, le maitre n'est pas là

M. Jacques : Le chien attend toujours

Nous : Le chien, il attend toujours

M. Jacques : Mais le maitre aussi

Nous : Le maitre aussi et malgré ça le petit chien comme s'il l'avait toujours su il est reparti sur le chemin qu'il connaissait déjà parce que son maitre lui avait appris ; lui avait appris des choses, lui avait appris où est ce qu'il fallait aller, lui avait appris où est ce qu'il pourrait trouver à manger, lui avait appris où est ce qu'il pourrait boire et ce petit chien finalement on ne sait pas , on ne sait pas si c'est parce qu'il se retrouvait tout seul où

M. Jacques : Le chien apprend beaucoup de choses

Nous : Il a

M. Jacques : A son maitre

Nous : Il a probablement aussi, parce que son maitre lui avait appris beaucoup de choses, son maitre lui avait appris à retrouver le chemin, probablement que ce chien, il a su se débrouiller même sans son maitre qui était parti, il a su se débrouiller parce que son maitre

M. Jacques : Le petit chien

Nous : Parce que son maitre lui avait appris beaucoup de choses

M. Jacques : Le petit chien est malheureux, parce qu'il dépend de lui ; il dépend de son maitre c'est là son problème ; c'est là le problème du chien. Et c'est là le problème du maitre.

Nous : Un jour le maitre, le maitre il partira, il est parti son maitre mais le chien, il connaissait les chemins et il savait par où il fallait passer il savait se débrouiller parce que son maitre lui avait montré. Le chien, on ne sait pas si c'est parce que son maitre lui avait montré ou parce qu'il avait un instinct de chien..., son instinct de chien qui lui a permis de survivre et de vivre malgré la disparition de son maitre.

M. Jacques : Ah oui

Nous : Il lui avait appris beaucoup de choses

M. Jacques : Mais tout le monde apprend, tout le monde apprend parce que ya l'amour, ya la compréhension ya le regard, vous savez le petit chien il a n'a pas besoin qu'on lui parle, simplement un regard il a compris

Nous : Oui il y a aussi des personnes, il y a aussi des personnes qui sont comme ça, il y a des personnes qui sont comme ça, d'un regard ils comprennent ce que vous voulez dire. Il y a aussi des personnes qui comprennent, à qui on a montré plusieurs fois comment il fallait faire et qui savent se débrouiller

M. Jacques : Y en a qui comprennent bien, Y'en a qui comprendront jamais.

Nous : Voilà,

M. Jacques : C'est la détente

Nous : Profitez de ce moment agréable

M. Jacques : Pardon

Nous : Continuez, fermez les yeux, profitez de ce moment agréable, et laissez vous aller, laissez vous aller. Très bien, parfait .La détente commence par les pieds et commence à gagner les jambes qui sont sur ce lit, vos genoux, votre corps et cette vague, cette vague qui arrive jusqu'à votre gorge peut-être et cette vague comme les vagues de la mer va faire diminuer cette sensation de boule que vous avez au niveau de la gorge... Petit à petit, chaque vague de détente va arriver jusqu'à vous, jusqu'à votre gorge..., tranquillement cette vague avec douceur ou avec un peu plus de force va faire diminuer cette sensation désagréable que vous avez au niveau de la gorge. Petit à petit, petit à petit... la vague de détente fait son effet. Voilà, très bien. Votre respiration, cette respiration devient de plus en plus calme, devient de plus en plus sereine, apaisante. Pendant que vos pieds se détendent, tout votre corps se détend, vous pouvez apprécier ce moment agréable. Voilà, très bien. Cette petite vague qui vient de la mer vous fait beaucoup, beaucoup d'effet. Voilà, très bien, très très bien, tranquillement à son rythme, cette petite vague de détente remonte jusqu'à votre gorge pour aller au fur et à mesure diminuer cette boule , cette boule de salive ou cette boule d'autre chose que vous sentez au niveau de la gorge . Voilà, très bien, très très bien....Parfait, votre visage exprime la détente ...voilà, ...très bien, ...et quand vous pensez que cette expérience pourra vous servir et que vous pourrez quand vous en aurez besoin, repenser à ce moment agréable que vous venez de vivre, cette vague qui vous aide à vous détendre quand vous pensez que vous pourrez garder ce souvenir dans un coin de votre

mémoire pour pouvoir le rappeler quand vous en aurez besoin, à ce moment là pour pourrez à nouveau sentir votre corps ici dans ce lit, dans cette chambre avec ma voix qui vous accompagne , les bruits autour de la chambre, les bruits à l'intérieur de la chambre. A ce moment là quand vous pensez que cette expérience sera suffisante, vous pourrez ouvrir les yeux quand vous le souhaiterez.... Très bienvoilà, très bien. Vous pouvez ouvrir les yeux ? Petit à petit vous retrouvez les sensations. Vous revenez

M. Jacques : Je vous dis,

Nous : Voilà

M. Jacques : la petite rivière

Nous : La petite rivière qui coule

M. Jacques : Ma perle de rosée

Nous : Parfait

M. Jacques : Et mon chien

Nous : Parfait, très bien

M. Jacques : Et mon chien

Nous : Très très bien ; Je vous laisse profiter de ce moment

M. Jacques : MMM

Nous : Et si vous le souhaitez je pourrai revenir la semaine prochaine.

M. Jacques : Si je vous répons pas c'est que j'entends pas

Nous : D'accord.... .. Quand vous aurez terminé votre balade avec votre chien au bord de cette rivière, vous pourrez à nouveau ressentir

M. Jacques : Oui

Nous : Les sensations de votre corps sur ce lit, dans cette chambre avec les bruits autour et vous pourrez ouvrir les yeux.

M. Jacques : Un petit pont de bois, la rivière,

Nous : MMM

M. Jacques : Mon chien, la canne à pêche,

Nous : Parfait

M. Jacques : Les fleurs, les champignons, la marguerite, vous voulez faire quoi ?

Nous : A tout moment, vous pourrez repenser à ça, quand vous en ressentirez le besoin, quand vous sentirez cette sensation désagréable que vous avez de..., de boule dans la gorge ; Voilà. C'est bien ? Ca a été ?

M. Jacques : C'est très bien.

Nous : Ok Parfait. Je reviendrai lundi ? On refera une séance ?

M. Jacques : Oui

Nous : Parfait

Fin de la séance.

M. Jacques D. est inquiet pour sa femme, il trouve qu'elle passe beaucoup de temps à l'hôpital. Il aimerait qu'elle soit moins présente pour qu'elle puisse se reposer. Ses douleurs sont calmées par les antalgiques mais il est de plus en plus fatigué, ne se lève pratiquement pas et a même des difficultés à se mobiliser dans son lit. Comme convenu, M. Jacques D. accepte une autre séance de Toucher-Massage® et d'hypnose le lundi 6 mai. Comme pour la dernière, il est d'accord pour que je l'enregistre, il sait que je prépare un mémoire pour le DU d'Hypnose.

Séance du 6 mai 2013 : Enregistrée et retranscrite.

M. Jacques : Voila....

Nous : Installez-vous, installez vous confortablement

M. Jacques : Oui c'est ce que je fais

Nous : Voilà très bien

M. Jacques : C'est ce que j'essaie de faire

Nous : Le plus confortablement possible

M. Jacques : C'est bon

Nous : Voilà, très bien

M. Jacques : Voilà

Je commence le Toucher-Massage®.

Nous : Voilà très bien, je vais vous masser un petit peu les pieds, vous allez vous laisser aller tranquillement à votre rythme. Voilà... Très bien. Laissez-vous aller. Vous pouvez entendre les bruits,... les bruits à l'intérieur de cette pièce ou les bruits plus lointains à l'extérieur ... Vous sentez votre corps installé, allongé, tranquillement, très bien. Et au rythme de votre respiration, la respiration, à l'inspiration, à l'expiration

M. Jacques : Ouais

Nous : Tranquillement, parfait, très bien.

M. Jacques : Oui

Nous : Petit à petit

M. Jacques : Oh

Nous : Vous pouvez vous laisser... guider par ma voix... et au fur et à mesure que vous sentez la détente au niveau de vos pieds...

M. Jacques : Ah

Nous : Cette détente qui fait comme une vague ...qui remonte

M. Jacques : Ah

Nous : Cette vague qui gagne vos mollets... puis vos genoux ...puis vos cuisses, votre dos et puis vos bras vos épaules... et puis votre tête pendant que vos pieds se détendent

M. Jacques : Ah

Nous : Tranquillement

M. Jacques : Ah

Nous : A votre rythme

M. Jacques : Ah

Nous : Très bien

M. Jacques : Ah ah

Nous : Et pendant que vos pieds se détendent vous pouvez imaginer un lieu

M. Jacques : Aha ah

Nous : Où vous vous sentez bien

M. Jacques : Ah je me sens bien

Nous : Un lieu où vous aimeriez aller

M. Jacques : Ah je me sens aller, je me sens aller ah

Nous : Ça peut être

M. Jacques : Ca chauffe

Nous : Ca peut être le bord de mer

M. Jacques : C'est chaud

Nous : Ca peut être la campagne ou tout autre endroit où vous vous sentez bien.

M. Jacques : Ouais

Nous : Quand vous aurez trouvé cet endroit, vous pourrez tout simplement me le dire

M. Jacques : MMM ah

Nous : Vous pourrez me dire l'endroit où vous vous sentez bien. Vous pouvez me dire l'endroit où vous êtes.

M. Jacques : Pardon ?

Nous : Vous pouvez me dire l'endroit où vous vous sentez bien ? ca peut être

M. Jacques : Là

Nous : Au bord d'une rivière

M. Jacques : Là là là

Nous : D'accord

M. Jacques : Là sur la plante

Nous : C'est au moment où je passe mes mains sur la plante des pieds

M. Jacques : Ici

Nous : Vous sentez que ca vous fait du bien. Et pendant que vos pieds ressentent cette détente

M. Jacques : Ah oui

Nous : Laissez-vous aller tranquillement, à votre rythme vous pouvez fermer les yeux

M. Jacques : Là c'est bien

Nous : C'est plus facile... pour entrer en hypnose

M. Jacques : Ouou

Nous : Voilà, très bien

M. Jacques : Oui

Nous : Très très bien. Et pendant que vos pieds se détendent

M. Jacques : Pardon

Nous : Pendant que vos pieds se détendent, vous pouvez fermer les yeux. Fermez les yeux. Tranquillement, posez vos mains. ... J'ai envie de vous raconter une histoire.... Ce week-end, j'ai, j'ai rencontré quelqu'un qui m'a parlé des pailles en queues

M. Jacques : Oui

Nous : J'ai rencontré quelqu'un qui m'a parlé des pailles en queues

M. Jacques : Ah

Nous : Et qui m'a dit que les pailles en queues c'étaient des oiseaux qui fonctionnaient en couple

M. Jacques : Oui, oui

Nous : Et tout à l'heure quand je suis allée au self, j'ai vu des pailles en queues et effectivement, ils étaient deux ;

M. Jacques : Effectivement oui, paille en queues

Nous : Pailles en queues majestueux, blancs dans le ciel bleu. M et Mme Paille en queue qui font des ronds, des tours et qui s'entendent bien. Ils font beaucoup de choses ensemble.

M. Jacques : C'est drôle qui ya des bestioles, qui ya des bêtes, animaux, oiseaux qui sont faits pour vivre ensemble comme ça.

Nous : Oui, mais les pailles en queues, ils vivent en couple et ils sont fidèles

M. Jacques : C'est vrai

Nous : Ils sont fidèles

M. Jacques : C'est vrai

Nous : J'ai pensé à ce qui pourrait leur arriver à ces pailles en queues quand je les ai vus, ces pailles en queues qui sont tous les deux, qui s'aiment et qui restent fidèles

M. Jacques : Oui

Nous : Et je me disais que, ils avaient la vie belle à voler dans l'air, à être tous les deux à vivre des choses ensemble, à chasser ensemble

M. Jacques : Oui mais ils ont l'espace

Nous : Ils ont l'espace oui

M. Jacques : Ils ont l'espace et ça c'est important

Nous : Mm

M. Jacques : Tandis que nous on est restreints

Nous : Oui

M. Jacques : Ouais

Nous : Laissez-vous aller, profiter de ce moment fermez les yeux, tranquillement tout doucement à votre rythme, voilà très bien

M. Jacques : Ah

Nous : Et puis ces pailles en queues qui sont dans le ciel, le ciel est magnifique, il fait beau, il fait très très beau ces pailles en queues se promènent à droite à gauche, ils vont dans la

ravine, ils vont boire un peu d'eau et puis ils reviennent et puis à un moment donné Il y a un des deux pailles en queues, M. Paille en queue qui se cogne et il a plus de mal à voler alors Mme paille en queue est inquiète. Qu'est ce qu'il va pouvoir faire avec son aile abimée ?

M. Jacques : Depuis que vous me massez la dernière fois..., j'ai moins de picotements dans les... dans les pieds

Nous : D'accord

M. Jacques : Beaucoup moins

Nous : Mm

M. Jacques : AhAh

.....
.....

Nous : Et la personne que j'ai rencontré elle m'a raconté cette histoire de pailles en queues cette histoire de pailles en queues et ils avaient trouvé un paille en queue blessé et sa compagne, elle était autour, elle s'occupait de lui

M. Jacques : Ouais ouais

Nous : Parce que justement, le couple de pailles en queues c'est un couple fidèle, ils s'entendent bien, ils se connaissent depuis longtemps. Aussi quand il arrive quelque chose à l'un des deux, ben, l'autre s'inquiète.

M. Jacques : Ah ca fait du bien.....Ah

.....

Nous : Voilà

M. Jacques : Chut.....

Nous : Ah

M. Jacques : Quand est ce que vous passer votre thèse ?

Nous : Au mois de juin, fin juin

M. Jacques : Ca approche

Nous : Oui, ca approche

M. Jacques : Ah ya pas de problèmes

Nous : Et en même temps que je masse vos pieds, est ce que vous arrivez à visualiser un endroit où vous aimeriez aller en ce moment

M. Jacques : Pardon ?

Nous : Est-ce que vous arrivez à imaginer un endroit où vous aimeriez aller ? Un endroit qui vous ferait du bien ?

M. Jacques : Ah ya beaucoup d'endroits, mais...

Nous : C'est lequel qui vous ferait le plus de bien en ce moment ?

M. Jacques : En ce moment ?

Nous : Oui

M. Jacques : Je vous dis, euh, un endroit euh beaucoup de verdure

Nous : Oui, un endroit où vous êtes déjà allé ?

M. Jacques : Oui et non

Nous : Oui

M. Jacques : Oui et non parce que bon euh. J'ai des endroits où ...où j'ai... où je n'avais jamais été et je reconnaissais ces endroits

Nous : D'accord

M. Jacques : C'est vrai, je reconnaissais ces endroits. Mais je ne les connaissais pas

Nous : D'accord

M. Jacques : Voyez euh je ne connaissais pas La Rochelle pourtant j'ai navigué dans le monde entier

Nous : Ouais

M. Jacques : Je ne connaissais pas La Rochelle, ben j'ai vu La Rochelle telle qu'elle était

Nous : Oui

M. Jacques : Je ne connaissais pas Tamatave,

Nous : Oui

M. Jacques : J'ai vu Tamatave tel qu'était Tamatave Comment ca se fait ?

Nous : Mystère ?

M. Jacques : Bizarre

Nous : On ne sait pas. Mais là en ce moment vous êtes dans cette chambre d'hôpital.

M. Jacques : Oui

Nous : Est-ce qu'il y a un endroit où vous aimeriez aller ?

M. Jacques : Je voudrai foutre le camp de là

Nous : Oui mais pour aller où ?

M. Jacques : Pour aller où ? J'aimerais aller au jardin de l'état

Nous : Au jardin de l'état

M. Jacques : Avec mon chien

Nous : Avec votre chien .Est-ce que vous voulez qu'ensemble en fermant les yeux en vous concentrant sur le massage des pieds en fermant les yeux on imagine aller au jardin de l'état ?

M. Jacques : Oui

Nous : D'accord

M. Jacques : Oui

Nous : Ok

M. Jacques : Oui ça on pourrait le faire.

Nous : On peut le faire tout de suite si vous voulez

M. Jacques : Non

Nous : Non

M. Jacques : Non il faut que j'aie le...

Nous : Mais je peux vous aider

M. Jacques : Non c'est mon ...

Nous : C'est à vous de me dire si vous voulez

M. Jacques : C'est mon aura intérieure

Nous : D'accord. En fermant les yeux vous pouvez imaginer que vous êtes au jardin de l'état

M. Jacques : Oui mais ca je le fais tout le temps

Nous : D'accord Ok

M. Jacques : Ca je le fais tout le temps

.....
.....
..... Là c'est bon. Là Là Aa ouais.....AH

Ah.....Ssuhu ; J'ai la gorge sèche

Nous : Voilà je vous laisse profiter de ce moment, un petit peu. Vous voulez boire un petit peu ?

Fin de la séance.

Le 10 mai 2013, M. Jacques ne dit plus que sa femme ne pourra pas se débrouiller sans lui, il a cheminé par rapport à cette problématique. Aujourd'hui, il a compris plus que ces dernières semaines que ses jours étaient comptés. La veille il a pu dire aux soignants du service qu'il était prêt à partir mais sa femme n'était pas encore consciente qu'il allait partir. Il évoque avec nous, la personnalité de sa femme qui « a toujours fait ce qu'elle a voulu ». Il ne veut pas qu'elle soit triste, « elle a toujours été gaie, toujours à rire ».

Sa douleur à l'épaule est calmée, reste son angoisse et le souci de sa femme. Il verbalise que si sa femme va bien, il va bien. Nous lui proposons pour l'après-midi une séance de Toucher-Massage® et d'hypnose qu'il accepte volontiers. Nous lui précisons que nous pourrions nous occuper de sa femme si elle le souhaite.

Nous revenons l'après-midi, M. Jacques est seul, sa femme vient de partir. Nous n'aurons finalement pas pu la revoir et discuter avec elle, elle aurait pu bénéficier elle aussi de techniques non médicamenteuses pour soulager son anxiété qu'elle transmettait à son mari quand elle était auprès de lui.

Cette dernière séance n'a pas été enregistrée.

M. Jacques est très fatigué, cette fois, il ne demande pas à parler, je lui propose de se laisser aller avec cette vague de détente qu'il avait nommée en parlant du Toucher-Massage®, lors de la première séance. Tandis que cette vague envahit tout son corps à partir des pieds, il se laisse guider par ma voix.

Lors de notre dernière rencontre pour hypnose et Toucher-Massage®, M. Jacques avait évoqué l'idée d'aller au jardin de l'Etat à Saint-Denis avec son chien. Je lui propose d'y aller et de me dire quand il y est parvenu, ce qu'il fait en hochant la tête et disant ahan (signaling).

Ensuite, guidé par ma voix, il se promène dans les allées de ce jardin avec son chien. Il sent le vent sur son visage, les odeurs, il voit la fontaine (toujours en le signalant).

J'arrête de parler tout en continuant à faire le Toucher-Massage des pieds. Pour cette séance, j'avais rajouté de l'huile essentielle d'Eucalyptus à la crème hydratante pour rajouter une induction olfactive car il y a des eucalyptus au jardin de l'Etat. Je le laisse profiter de ce moment agréable pendant quelques minutes ponctuant seulement mon Toucher-Massage par des très bien, parfait, voilà,...

Ensuite, je lui propose de garder cette expérience, si cette expérience lui a fait du bien, dans un coin de son corps ou de sa mémoire pour la réutiliser lorsqu'il en ressentira le besoin.

Petit à petit, retour dans la chambre avec les bruits environnants, sur ce lit.

M. Jacques est calme, apaisé, il a le sourire. C'est la dernière image que je garde de lui. M. Jacques est décédé le 13 mai vers 3h du matin, serein selon les soignants du service.

4-2- Exposé des observations cliniques :

Nous avons là un patient douloureux et anxieux pour lequel les traitements antalgiques ont été augmentés et modifiés plusieurs fois sans succès durable. Son épouse a une attitude anxigène, elle parle beaucoup, veut tout maîtriser, même les traitements antalgiques.

Lors de la première séance il a suffi d'isoler M. Jacques pour qu'il puisse se confier après la séance d'hypnose. A la fin de la séance, la douleur de M. Jacques est revenue à son état de base, supportable, et un climat de confiance s'est instauré entre nous.

L'alliance thérapeutique étant créée, il a été facile de proposer la deuxième séance. La difficulté de M. Jacques avait été verbalisée. Sa difficulté à laisser sa femme seule, sa crainte qu'elle soit submergée par le quotidien avec ses propres problèmes de santé.

J'ai donc cherché une métaphore reprenant les apprentissages qui une fois acquis restaient toujours là. M. Jacques étant une personne plutôt âgée et réputée moins hypnotisable, pour avoir une induction plus kinesthésique, j'ai commencé la séance avec le Toucher-Massage® des pieds. Ma position à ses pieds, au pied du lit, rappelle la position basse du praticien qui n'est là que pour guider et non pas s'imposer.

La deuxième séance avec la suggestion des pailles en queues, oiseaux fidèles était pour expliquer l'attitude de sa femme très présente et qu'il fallait faire avec ça. Bien que l'induction kinesthésique avec le Toucher-Massage® ait été faite, la transe était moins profonde et M. Jacques faisait des allers-retours allant jusqu'à me demander la date à laquelle je passais ma « thèse ». Il a plus insisté sur l'effet du Toucher-Massage® en précisant le moment où cela lui faisait le plus de bien.

Avant la dernière séance, M. Jacques ne parle plus des difficultés à laisser sa femme, qu'elle ne pourra pas faire les choses sans lui. La métaphore des apprentissages avec le chien a fait son effet probablement. Il parle de son départ et de la tristesse de sa femme qu'il pourrait provoquer.

La quatrième séance était plutôt une balade sécurisante dans un lieu que M. Jacques m'avait nommé lors de la séance précédente. Juste une suggestion d'aller dans un espace vert, « où il y a de la verdure, fouter le camp d'ici ». L'induction classique associée au Toucher-Massage et aux huiles essentielles a permis une meilleure transe hypnotique avec un signaling.

5-Discussion théorico-clinique :

5-1- Rappel de la problématique :

Nous évoquons la possibilité que le patient en soins palliatifs soit mieux soulagé de ses angoisses et de son anxiété par l'association de l'hypnose au Toucher-Massage® .

Quel est l'apport de l'hypnose au Toucher-Massage® pour soulager l'anxiété du patient en soins palliatifs ?

5-2 Confrontation des observations à la problématique :

Au cours des entretiens, nous avons constaté que la difficulté de ce patient, évoquée par rapport à sa femme avait disparu de son discours alors qu'elle était très présente au premier entretien avec nous, à l'entretien avec la psychologue et surtout dans les différents échanges avec les soignants du service où M. Jacques était hospitalisé.

L'hypnose avec les suggestions et les métaphores, associée au Toucher-Massage® a permis à M. Jacques d'être plus serein dans sa manière d'aborder sa fin de vie. Il a pu dire aux soignants qu'il était prêt à partir, l'inquiétude pour l'avenir de sa femme n'était plus au premier plan. Plus tard, il a évoqué le fait qu'il ne voulait pas qu'elle soit triste, la problématique avait changé.

Le Toucher-Massage® seul, aurait créé un état de détente et de relaxation ponctuel, qui n'aurait pas pu durer dans le temps bien que son effet puisse durer quelques heures. On peut supposer que la difficulté évoquée serait restée en place et aurait provoqué à nouveau de l'anxiété.

L'hypnose seule, aurait été plus difficile à mettre en place pour cette problématique qui génère de l'anxiété chez ce patient.

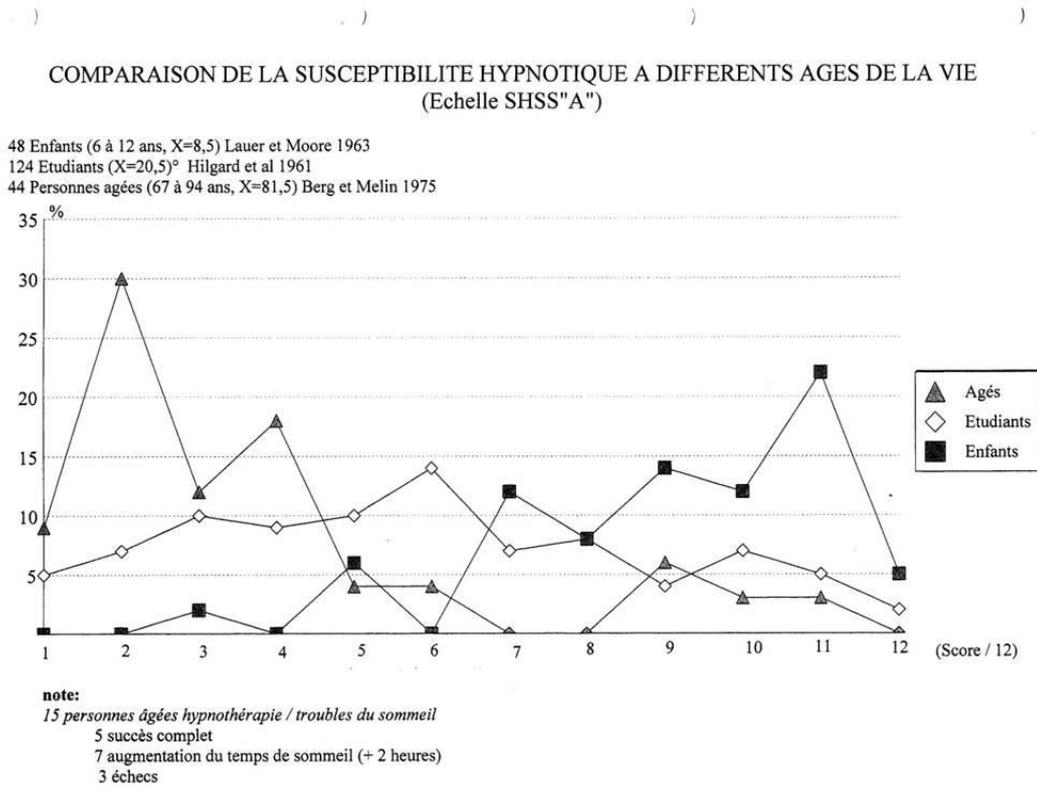
En effet, M. Jacques est une personne âgée comme la plupart de personnes atteintes de maladies non guérissables.

« L'âge est un élément majeur à considérer dans l'attitude hypnotique. Le « pic » d'hypnotisabilité s'observe globalement entre 8 et 12 ans, pour ensuite décroître tout au long de la vie. Cela ne signifie pas qu'il est « impossible » ou presque d'hypnotiser un sujet âgé, mais il faudra accorder un temps plus long et bien adapté à l'induction hypnotique pour cette population ». A. Bioy, C. Wood, I. Célestin-Lhopiteau dans « L'aide-mémoire d'hypnose ».

L'hypnotisabilité se définit comme la capacité d'une personne à induire un état hypnotique pour elle-même.

Des études ont été faites sur l'hypnotisabilité des personnes en fonction de leur âge. Il en résulte que les personnes âgées > 65ans sont moins hypnotisables que les autres. Voir tableau ci-dessous :

I



Le Toucher-Massage® participe à ce temps d'induction en focalisant l'attention du sujet âgé sur la sensation agréable et relaxante du toucher au niveau des pieds. Il s'agit là d'une induction kinesthésique qui rappelle le toucher de l'enfance. La dissociation qui s'en suit permet alors à la suggestion ou à la métaphore de prendre toute sa dimension.

La position au pied du patient pour ce Toucher-Massage amène la position basse du praticien qui est importante dans la relation à l'autre, pour éviter toute intrusion dans l'espace du patient.

La personnalité du praticien, sa sensibilité, sa motivation, sa créativité, l'alliance thérapeutique qui a pu se mettre en place sont également des facteurs importants dans la prise en charge de l'anxiété par le Toucher-Massage® et l'hypnose. Il se trouve que nous connaissons M. Jacques, depuis plusieurs mois et que nous l'avons rencontré de nombreuses fois en consultation externe ou en hospitalisation et qu'ainsi nous avons pu créer ce climat de confiance nécessaire à une bonne relation hypnotique.

Les difficultés que nous avons rencontrées et qui peuvent être liées au patient lors de ces quatre séances sont dues à son âge et au fait qu'il soit légèrement malentendant. En effet, parfois il ne m'entendait pas et je devais hausser le ton quittant alors cette voix hypnotique. De plus, le fait que M. Jacques parle en permanence m'obligeait à adapter continuellement le discours. Nous avons pu constater que c'est vraiment le patient qui guide la séance et non pas le praticien et au final, le patient prend ce dont il a besoin dans ce qui est dit, impossible de savoir ce que l'on apporte à l'autre. Après les séances M. Jacques se dit toujours satisfait, détendu, calme et prêt à recommencer.

L'autre difficulté à laquelle doit faire face un praticien débutant, c'est d'abord son manque d'expérience et dans notre cas dans l'utilisation de la métaphore. Le fait de vouloir nous en tenir à la métaphore préparée, peut être un frein à l'écoute du patient. Il faut parfois, préférer s'adapter à ce que nous renvoie le patient pour rester congruent et oublier la métaphore imaginée. Nous avons également pu constater lors de ces séances qu'il faut un minimum d'improvisation pour une séance d'hypnose.

5-3 Discussion éthique :

Aujourd'hui, il m'apparaît essentiel de continuer à me former pour acquérir d'autres connaissances en hypnose pour mieux prendre en charge les patients anxieux en soins palliatifs, en restant dans mon champ de compétence.

Depuis que je pratique l'hypnose, je l'ai plutôt utilisée comme de « l'hypno relaxation » en faisant voyager les patients en soins palliatifs qui ne pouvaient plus rentrer chez eux ou qui n'étaient plus en capacité d'aller dans des endroits familiers. En ce qui me concerne, la métaphore est un art qui gagne à être connu et approfondi, j'ai découvert qu'elle pouvait amener un changement dans la prise en charge de l'anxiété en soins palliatifs.

Il me paraît également important que le patient garde son autonomie de décision. Une séance d'hypnose ou de Toucher-Massage® ne s'impose pas elle se propose. C'est une marque de respect pour cette personne dont la vie touche à sa fin.

Pour pratiquer l'hypnose, il est important d'être optimiste, d'être convaincu que cette technique peut amener un changement même dans les cas difficiles de maladie grave non guérissable.

L'utilisation du Toucher-Massage® et de l'hypnose est une marque de bienveillance, elle permet au soignant d'être en communication avec l'autre d'une manière différente avec l'envie de soigner autrement.

La pratique de ces deux techniques me permet d'aller plus loin dans l'attention portée à la souffrance de l'autre, pour soulager des douleurs aiguës ou chroniques, pour diminuer les douleurs induites par des gestes douloureux et également diminuer l'anxiété et l'angoisse. La communication hypnotique, avec par exemple le choix illusoire permet parfois de surprendre le patient et ainsi la relation ou l'alliance thérapeutique peut se trouver renforcée.

5-4 Apport de cette étude :

Nous avons pu mettre en évidence, en rapportant ce cas clinique, ce que peut apporter l'hypnose associée au Toucher-Massage®, pour diminuer l'anxiété d'un patient en fin de vie. Des études seraient nécessaires pour établir formellement la supériorité de cette

association, à l'utilisation d'une seule de ces pratiques à la fois, pour améliorer ce symptôme chez les patients en soins palliatifs.

On peut émettre l'hypothèse que l'état de relaxation induit par le toucher massage, permet aux suggestions hypnotiques d'être mieux perçues, ancrées, en particulier chez des patients âgés, réputés plus difficilement hypnotisables, et pouvant présenter, comme dans notre cas clinique une hypoacousie.

La stimulation tactile entraîne une focalisation propice à l'induction hypnotique. Les patients âgés, et/ou en soins palliatifs ne sont souvent touchés que dans le cadre de soins nécessités par leur état. Au contraire, Le Toucher-Massage® n'est pas « obligé », c'est un geste gratuit, « pour le plaisir ».

Par ailleurs, dans les représentations du patient, le Toucher-Massage® est souvent associé au confort, au bien-être, à la détente, alors que les représentations de l'hypnose peuvent être plus inquiétantes.

6- Conclusion. Avenir :

Les soins palliatifs œuvrent pour que les patients atteints de maladie grave non guérissable aient une prise en charge centrée sur la personne. En fin de vie, ces patients ont de multiples raisons d'être anxieux ou angoissés, et la mort qui se profile est un facteur aggravant de cette angoisse.

Pour les aider à surmonter ces angoisses, quand la relation d'aide verbale ne suffit plus, nous avons la possibilité d'utiliser d'autres techniques de relation.

Le Toucher-Massage® qui fait appel au dernier sens perçu en fin de vie prend là toute son importance. Le corps est touché par les mains du soignant, simplement pour faire du bien sans qu'il y ait de raison obligatoire comme la toilette ou un autre soin invasif. Le geste doux du soignant qui touche ce corps douloureux ou qui se dégrade permet au patient de retrouver se sentiment de dignité qu'il pourrait avoir perdu.

L'hypnose est un autre mode de relation se traduisant par la transe qu'elle engendre pendant laquelle le patient peut avoir la surprise d'expérimenter qu'il est capable de modifier ses perceptions, ses sensations.

Les outils tels que la suggestion ou la métaphore permettent au patient d'imaginer autrement sa situation anxiogène. Le patient pourrait ainsi porter un autre regard sur ce symptôme mais également s'en dissocier.

Le Toucher-Massage® et l'hypnose sont deux techniques susceptibles d'apporter un soulagement du symptôme anxieux chacune à sa manière. L'une et l'autre peuvent se pratiquer séparément et apportent détente, relaxation et bien-être.

Dans le cas que nous avons présenté, le patient âgé en soins palliatifs, il est important pour induire la dissociation, de soigner l'induction qui va conditionner la transe hypnotique.

L'hypnose va plus loin dans le soulagement de l'anxiété mais le Toucher-Massage® permet d'améliorer la qualité de la transe hypnotique chez le sujet âgé, cas le plus fréquent pour nous en équipe mobile de soins palliatifs.

Depuis que dans ma pratique professionnelle, en soins palliatifs, j'associe ces deux techniques il me semble que l'anxiété et l'angoisse sont mieux prises en charge.

Les patients ayant un cancer bénéficient de cette prise en charge mais j'associe également ces deux techniques pour les patients atteints de BPCO (Broncho-pneumopathie obstructive) au stade terminal. En effet, l'angoisse d'étouffer est présente, parfois, ces patients ont peur de quitter leur chambre d'hôpital avec le Kiné pour marcher dans le couloir, il est important de leur donner confiance en eux.

Mon expérience sur le terrain m'a convaincue que l'association de ces deux techniques est à généraliser non seulement pour les patients en soins palliatifs mais pour tous les patients anxieux et angoissés par la maladie qu'elle soit guérissable ou pas.

Ces deux techniques peuvent être pratiquées par des infirmiers, formés, dans le cadre de leur décret de compétences. Elles constituent une manière différente d'aborder le soin.

Pourquoi ne pas envisager un jour, la création d'une consultation infirmière d'hypnose et de Toucher-Massage® ?

7- Bibliographie :

Ouvrages :

- Anzieu, D. (2001). *Le moi-peau*. Paris : Dunod.
- Blanchon, C., (2006). *Le toucher relationnel au cœur des soins*. Paris : Elsevier.
- Bioy, A., Wood, C., Célestin-Lhopiteau, I., (2010). *L'aide-mémoire d'Hypnose*. Paris: Dunod.
- SFAP. Collège des acteurs en soins infirmiers, (1999, 2005). *L'infirmière et les soins palliatifs « prendre soin » : éthique et pratiques*. Paris : Masson.
- Savatofski, J., (nouvelle édition 2009). *Le massage douceur*. Paris : Dangles.
- Savatofski, J., (1995). *Le massage minute*. Paris : Dangles.
- Savatofski, J., (1999). *Pratiquer... Le Toucher-Massage*. Paris : Lamarre.

Articles :

- Autran, E., (2011). L'utilisation de l'hypnose dans les soins. *La revue de l'infirmière*. Numéro 171. Mai
- Becchio, J., (2009). Hypnose en soins palliatifs. *Bulletin infirmier du cancer*. Volume 9. Numéro 3 .99-104
- Bioy, A., Moreaux, T., Pasturel, A., Wood, C., (2011). L'Hypnose et le Toucher-Massage pour soulager la douleur en fin de vie. *Soins pédiatrie-puériculture- n° 262-septembre /octobre*.
- Bioy, A., (2006). Quelle pratique de l'hypnose pour les soins palliatifs ? *Médecine Palliative ; 5 : 328-332*
- Garnier, P-H., (2012). L'hypnose en soins palliatifs, mieux vivre la dernière étape. *Site internet CHU Nantes*
- Hentz, F., Mulliez, A., Belgacem, B., Noifalisse, C., Barrier, H., Gorrand, J., Paniagua, C., Mathé, B., Gerbaud, L., (2009). Stratégie d'évaluation de l'impact du Toucher dans les soins. *Recherche en soins infirmiers N° 97*
- Lopez, S. (2012). L'hypnose pour le traitement de l'anxiété. *Pour l'institut International d'Hypnose*.
- Meme, C., (2011). Le Toucher –Massage des pieds. *Soins Aides-soignantes –n° 43*

- Pautex, S., Toni, V., Bossert, P., Hilleret, H., Ducloux, D., Forestier, J., Cabotte, E., Phillipin, Y. Guisado, H., Vogt-Ferrier, N. (2006). Anxiété dans le cadre des soins palliatifs. *Revue médicale suisse n°85*.
- Smaga, D., Cheseaux, N., Foster, A., Colombo, S., de Tonnac, N., (2010). L'hypnose et les troubles anxieux. *Revue médicale suisse*. 6 : 330-3

DVD :

- Extraits choisis, Congrès Européen du Toucher-Massage®. Juin 2008 Dijon.